



初診受付カード



| 飼い主様 | |
|------|------------------------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 住所 | 〒 - |
| 電話番号 | ご自宅 () - |
| | 携帯 |
| 紹介 | お知り合いの方 様 |
| | ペットショップ・トリミングショップ 様 |

| ペット | |
|---------|---------------|
| 愛称 | |
| 動物 | 犬・猫・その他() |
| 種類 | |
| 毛色 | |
| 性別 | オス・メス |
| 避妊/去勢 | 済(生後 年 か月後)・未 |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 |
| お家に迎えた日 | 西暦 年 月 頃 |

| |
|-----------------------|
| 動物病院に初めてかかる ・ 転院 ・ 緊急 |
| 差支えなければどちらの病院から? |
| 病院 |

1: 本日の来院は? (複数可)

- ① 具合が悪そうだから ② 健康チェック・相談 ③ ワクチン・予防薬 ④ その他

※具体的にお知らせ下さい。

2: 当院をお知りになられたきっかけは? (複数可)

- ① 紹介 ② ホームページ ③ パンフレット ④ 看板・通りがかり ⑤ その他

3: 【わんちゃんのみ】フィラリア症の予防はしていますか?

はい〔毎年 月頃~ 月頃まで〕・ いいえ〔近年未予防・全くした事がない〕

↳〔お薬のタイプ 錠剤・粉薬・液体・その他()〕

4: 【わんちゃんのみ】狂犬病の予防接種はしていますか?

はい〔最終接種日 西暦 年 月 日頃〕・ いいえ

5: ワクチン接種はしていますか?

はい〔()種混合/最終接種日 西暦 年 月 日頃〕・ いいえ

6: 今まで病気や怪我をした事がありますか?

病気 あり・なし / 怪我 あり・なし

7: 今までに食べ物やワクチン、お薬などで異常が見られたことはありますか?

あり・なし (アレルギーやショックなど)

8: 6、7で「あり」のある方は、具体的にお知らせください。

9: いつも何を食べさせていますか?

- ① ドライフード ② 缶詰 ③ その他

〔メーカーや商品名など具体的に

〕

10: 動物保険に加入していますか?

はい〔会社名

〕・ いいえ

